

**Corso di Laurea in Infermieristica**  
**REPORT DI TIROCINIO 1°ANNO - Coorte 2018/19**

Nel corso della esperienza di tirocinio, lo studente del 1° anno elabora un report scritto. I compiti scritti **non sono una elaborazione teorica** ma una strategia **fortemente reale ed ancorata alla esperienza concreta di tirocinio** ed hanno lo scopo di favorire lo sviluppo di diverse capacità:

- applicare concetti teorici derivanti da varie discipline nella cura infermieristica dei pazienti
- interpretare e collegare in modo logico i dati
- di scrittura e linguaggio: elaborare ed organizzare i pensieri e presentarli in modo chiaro.

Lo studente nel corso del tirocinio sperimenta ed allena la capacità di accertamento e ragionamento clinico quotidianamente sui pazienti affidati. Il mandato del report è coerente con quanto sollecitato e allenato nel corso del tirocinio del 1 anno.

Nei giorni di elaborazione del report, lo studente continua con le normali attività di apprendimento secondo il programma concordato con il proprio tutor, seguendo i pazienti in carico senza focalizzarsi esclusivamente sul singolo paziente/situazione affidata ai fini del report.

I dati raccolti ai fini dell'elaborato sono trattati nel rispetto dei principi e diritti alla privacy e dignità, dell'anonimato e confidenzialità intimamente associato al diritto di protezione della privacy e dignità vi è il diritto delle persone a rimanere anonimi e di vedersi assicurata la confidenzialità.

**Anonimato:** significa in particolare non riportare il nome della persona e limitare l'accesso alle informazioni raccolte

**Confidenzialità:** si intende protezione dei dati raccolti durante l'assistenza o il processo di elaborazione del report, in modo tale che non possano essere divulgati senza il permesso della persona oppure sono omessi dall'elaborato in quanto non pertinenti all'obiettivo (esempio durante la narrazione o intervista la persona racconta di essere divorziato).

Come trasversalmente qualsiasi attività assistenziale e di apprendimento si suggerisce di porre attenzione sempre alla situazione clinica ed emotiva delle persone (es. l'affaticamento di un paziente, la difficoltà nell'esprimersi,..)

## **MANDATO**

Il report è riferito ad un paziente che lo studente sta assistendo affidato dal tutor e consiste nella presentazione del paziente e descrizione di 2 principali problemi reali o potenziali o aree di sorveglianza.

L'elaborato è strutturato in due facciate.

## **1° FACCIATA**

**presentazione del paziente.** Di seguito sono riportati alcuni elementi utili per la stesura di tale parte. La presentazione:

- fornisce una "fotografia/immagine" del paziente. "*Vedo il paziente*": chi legge si crea un'immagine di com'è il paziente;
- riporta i dati/informazioni pertinenti e valide rispetto alle varie dimensioni e ai bisogni della persona che permettono di "visualizzare" la situazione del paziente nel momento preciso di presa in carico (è necessario esplicitare la data della presa in carico);
- inizialmente riportare una breve e significativa descrizione dell'evoluzione della situazione dal momento dell'ingresso in ospedale (raccordo anamnestico);
- non è un elenco di dati ma i dati sono presentati in modo aggregato;

- è centrata sul paziente, NON su ciò che è stato realizzato sul paziente ... o su ciò che “... *ho fatto io per ...*”
- riportare dati sia della sfera fisica che emotiva, sociale e “d’impatto” della situazione in quel momento rispetto al paziente ed alla sua famiglia

Può essere utile come esempio rileggere la presentazione offerta nel focus “**Ragionamento diagnostico applicato ad un caso**” pag 137 Volume 1 del Trattato di cure infermieristiche

## **2° FACCIATA**

**Definire i due principali problemi reali o potenziali del paziente o due aree di sorveglianza** rilevanti in quel momento sia rispetto al punto di vista del paziente che in relazione alla situazione e per ognuno di essi è necessario descrivere:

- i dati che avvalorano il problema, le cause, fattori di rischio specifici per quel paziente
- fattori di rischio o le cause, esplicitando i meccanismi fisiopatologici quando possibile;
- l’impatto sul paziente e sulla sua famiglia e/o il punto di vista del paziente e famiglia

## **CONSEGNA DEL REPORT E VALUTAZIONE FORMATIVA**

L’elaborato è effettuato autonomamente dallo studente, non è prevista correzione da parte del tutor o supervisore, ed elaborato **fuori dall’orario di tirocinio, nelle giornate in cui il tutor fornisce indicazioni sul paziente e situazione assistenziale affidata**

Va inviato via mail al tutor clinico di riferimento e consegnata una copia cartacea il giorno dell’esame di tirocinio in base alle convocazioni degli studenti.

Ogni studente riceve una valutazione formativa rispetto alle capacità espresse nel report scritto. Il livello raggiunto nell’elaborazione scritta è parte della valutazione complessiva di tirocinio di anno. È riconosciuto 1 CFU in rapporto all’impegno ed alla qualità elaborativa.

## **FORMAT**

L’elaborato va redatto dattiloscritto:

- carattere: Arial o Times new roman 12;
- allineamento: giustificato – Interlinea 1,0
- intestazione: Corso di laurea in infermieristica- Polo di Trento - 1° anno a.a. 2018/2019-  
studente:.....- -Sede di Tirocinio .....

### Strumento per l' analisi e rilettura critica del proprio report

Lo studente può autovalutare il proprio report usando le seguenti domande o utilizzando la griglia allegata. Gli stessi indicatori sono utilizzati dalla commissione per la valutazione formativa del report.

#### Domande guida per l'elaborazione

- I dati e gli elementi assistenziali che ho considerato sono accurati, precisi e completi rispetto alle aree di problema individuate sul mio paziente? Emergono le connessioni tra le informazioni? I dati sono rappresentativi e specifici per la situazione della persona assistita?
- I dati che ho riportato descrivono il punto di vista del paziente o della sua famiglia? Ho collegato i dati applicando le conoscenze di anatomia, fisiologia, infermieristica? Ho sostenuto i collegamenti con i principi fisiopatologici? I problemi sono pertinenti alla situazione del mio paziente?

		SI	NO
Completezza approfondimento dei contenuti	I dati e gli elementi assistenziali che ho descritto sono <b>accurati, precisi e completi</b> rispetto alle dimensioni del mio paziente ( <i>fisica, relazionale, sociale della persona e della sua famiglia</i> )?		
	Sono <b>rappresentativi della situazione</b> della persona assistita ( <i>non parte dalla teoria</i> )?		
	Riflettono il <b>rispetto della confidenzialità</b> del paziente, <i>l'affaticamento</i> , la difficoltà nell'esprimersi.. ?		
	I dati che ho riportato esprimono <b>"focus sulla persona e non sul compito"</b> che mi è stato affidato?		
	Ho individuato due problemi reali/potenziati <b>rilevanti</b> ( <i>considera ad es. impatto su altri problemi, rilevanza assistenziale e /o percepita dal paziente e familiari?</i> )		
	Emerge <b>l'impatto della situazione clinica, emotiva e sociale</b> attuale sul paziente e sulla sua famiglia?		
	Ho riportato i dati <b>mirati, completi e specifici</b> rispetto ai due problemi/aree di sorveglianza?		
	Ho individuato cause e fattori di rischio pertinenti?		
	<b>Emergono collegamenti con i principi fisiopatologici?</b>		
Orga nizza zione	I dati e/o elementi dell'assistenza sono presentati in <b>modo chiaro, comprensibile, "ragionato"</b> ?		
	La struttura complessiva è <b>organizzata in modo logico</b>		
Prese ntazi one	Il linguaggio è <b>preciso, pertinente e scientifico</b> - Non ci sono errori grammaticali, di sintassi e di forma		
	I contenuti sono esposti con una <b>forma grammaticale corretta e con il format indicato?</b>		